

MEMBRETE DE LA EMPRESA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DEPILACIÓN CERA

Yo, Don/Doña Con DNI.....
Domiciliado/a en..... Tfno.....

1. **SOLICITO Y AUTORIZO** a aque me realice el procedimiento de depilación mediante cera en las siguientes áreas de mi cuerpo.....
2. **HE INFORMADO AL TÉCNICO** de mi historial médico, la no ingesta de ningún medicamento actualmente, ni alergias.
3. **CONFIRMO** que se me ha explicado detalladamente con palabras comprensibles por mí, el efecto y la naturaleza del procedimiento a realizar.
4. La Depilación a la cera Tibia, fría o caliente (tachar la que proceda) es un sistema de depilación progresiva no indefinida, depende de mi color de piel, pelo, estado hormonal para tener mejores resultados.
5. Es posible sentir unas ligeras molestias, y a posteriori un ligero eritema (rojez en la zona tratada); ambas afecciones desaparecen a las pocas horas del tratamiento.
6. Como medida precautoria, durante el tratamiento se tapan lunares, cicatrices y tatuajes.
7. Es necesario tomar las siguientes medidas previas a cada sesión:
 - No depilarse por ningún sistema en las dos semanas anteriores al tratamiento
 - A cada sesión se debe acudir sin aplicarse cosmético alguno en la zona a tratar.
 - No tomar el sol 24 horas antes.
8. Después de cada sesión se deben tomar las siguientes precauciones:
 - Aplicar sobre la zona tratada crema de aloe vera o hidratante
 - No aplicarse ningún cosmético durante las siguientes 24 horas en la zona tratada.
 - No realizar deporte violento ni ir a la sauna o piscina durante las 48 horas siguientes al tratamiento.
 - Ducharse con agua fría o tibia.
 - No exponerse al sol ni a los rayos UVA durante los tres días posterior al tratamiento, pueden producirse manchas.
9. He sido informado/a que este tratamiento está desaconsejado en los siguientes casos y zonas:
 - Zonas que presentes heridas abiertas.
 - Procesos cancerígenos locales (incluso los pasados)
 - Micosis (hongos)
 - Y en aquellos casos que la esteticista lo desaconseje.

Si en algún caso mi estado actual se modificase, lo pondré en conocimiento de la técnico que me aplica el tratamiento para que tomase las medidas oportunas.

He contestado a las preguntas que libremente me han formulado acerca de todo el procedimiento, por lo que firmo el presente consentimiento.

Firma y fecha

Si es menor de 18 años firma presencial del tutor y fecha

He sido informado por el Centro que los datos de este consentimiento serán incorporados y tratados en el fichero de CLIENTES, cuya finalidad es informativa para los profesionales del centro y que está registrado en la Agencia Española de Protección de Datos, según el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre; estos datos no podrán ser cedidos a ninguna empresa y podré revocar su inclusión en el citado fichero en el momento que lo desee, dirigiéndome a la dirección arriba indicada